

RENOVACIÓN DE MEDICAID
(MEDICAID RENEWAL)

DATE MAILED _____
DSS WORKER _____
DSS WORKER TELEPHONE _____
LOCAL AGENCY _____ ADDRESS _____
CASE NUMBER _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Responda las preguntas en las partes marcadas. Si tiene alguna duda o necesita ayuda para completar el formulario, llame al funcionario mencionado anteriormente. Envíe este formulario a su funcionario de elegibilidad antes del: _____

1. ¿Alguien se ha mudado a su casa, o de la misma, desde su última determinación de elegibilidad?
 No Sí Si su respuesta es afirmativa, indique quién. _____

2. Mencione todos los ingresos recibidos durante el último mes y adjunte la prueba. Incluya el ingreso de fuentes como salarios, manutención, incapacidad, jubilación, beneficios para veteranos, desempleo, alquiler de propiedad, etc.

Persona que recibe el ingreso	Fuente	Monto
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____

3. ¿Tiene gastos de cuidado infantil? No Sí Si su respuesta es afirmativa, mencione el niño y los costos del cuidado infantil. _____

4. Si tiene un hijo menor de 19 años que trabaja, ¿aún asiste a la escuela? No Sí

5. ¿Ha tenido algún cambio en su seguro de salud desde su última determinación de la elegibilidad?
 No Sí Si su respuesta es afirmativa, mencione la compañía, el tipo de cobertura, el número de póliza y explique el cambio.

6. ¿Usted o la persona para la que solicita tiene algún recurso como cuentas bancarias, vehículos, seguro de vida, arreglos de entierro y/o alquiler de propiedad? No Sí
Si su respuesta es afirmativa, mencione cada recurso y adjunte una prueba del valor actual.
¿Ha vendido o regalado algún recurso? No Sí Si su respuesta es afirmativa, explique qué vendió o regaló, la fecha en que lo hizo y qué recibió a cambio.

He proporcionado información verdadera y correcta en este formulario a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa, retengo información u omito informar un cambio, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado. Autorizo al DSS y al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services - DMAS) a obtener cualquier información necesaria para revisar mi elegibilidad.

Firma del beneficiario o representante autorizado

Fecha

Relación con el beneficiario

Número de teléfono

Registro de elector. Marque uno de los siguientes:

- () No estoy registrado para votar donde vivo actualmente y me gustaría registrarme para votar aquí hoy. Certifico que se me otorgó un formulario de registro de elector para completar. (Si desea ayuda para completar el registro de elector, lo ayudaremos. La decisión de que lo ayudemos es suya. También tiene derecho a completar su formulario en privado).
- () Estoy registrado para votar en mi dirección actual. (Si ya se encuentra registrado en su dirección actual, no es elegible para el registro de elector).
- () No deseo solicitar el registro de elector.
- () Sí deseo solicitar el registro de elector. Envíenme un formulario de registro de elector.

Solicitar el registro elector o rechazarlo no afectará la asistencia o los servicios que la agencia le proporcionará. La decisión de no solicitar el registro de elector será confidencial. La decisión de solicitar el registro de elector y la oficina donde presentó la solicitud también serán confidenciales y sólo pueden utilizarse para fines relacionados con el registro de elector. Si cree que alguien ha obstruido su derecho a inscribirse o no en el registro de elector; su derecho de confidencialidad al decidir acerca del registro de elector; o su derecho de solicitar el registro de elector, puede presentar una queja ante: (Secretaría de la Junta de Elecciones de Virginia) Secretary of Virginia State Board of Elections, Ninth Street Office Building, 200 North Ninth Street, Richmond, VA 23219-3497. El número de teléfono es (804) 786-6551.

Medicaid Renewal

FORM NUMBER - 032-03-0669-03-spa

PURPOSE AND USE OF FORM - To report information needed to complete Medicaid renewal.

NUMBER OF COPIES - One.

DISPOSITION OF FORM - The completed form is to be retained in the case file.

INSTRUCTIONS FOR PREPARATION OF FORM – If the form is mailed, it must be sent to the recipient no later than the 11th month of eligibility. The form may be completed by an agency representative during a telephone interview and sent to the recipient for a signature or mailed to the recipient for completion. The form may also be completed by the client during an in-office interview although a face-to-face interview is not required.

Verification of income or resources will normally be required.

Upon completion of the form, the EW must evaluate the information to determine continued eligibility for Medicaid. Recipient must be sent notice of action on the renewal.

If the form is completed and returned to the agency timely and additional information and/or verification is needed, the recipient must be notified in writing of the information and/or verification needed. If the household does not complete and return the form by VaMMIS cut-off in the 12th month of eligibility, the agency must send the Advance Notice of Proposed Action to close the case effective at the end of the 12th month.